



**Marisa Cristina de
Oliveira Almeida
Marques**

**Uso da Internet, Psicopatologia e Qualidade de Vida
em Estudantes Portugueses de Ensino Superior**



**Marisa Cristina de
Oliveira Almeida
Marques**

**Uso da Internet, Psicopatologia e Qualidade de Vida
em Estudantes Portugueses de Ensino Superior**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

Doutora Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Professora Doutora Anabela Pereira pelos seus ensinamentos, disponibilidade e incentivo para o cumprimento dos objetivos.

À Dra. Ana Melo e ao Dr. António Queirós pelo apoio e colaboração na realização desta investigação.

À Senhora Graça e à Senhora Filomena pela colaboração na passagem de questionários.

À Dra. Carla Oliveira pela colaboração na passagem de questionários e na construção da base de dados.

A todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, com particular ênfase para os estudantes.

Especialmente à minha família pelo constante apoio durante esta jornada.

palavras-chave

Uso da internet, dependência da internet, psicopatologia, qualidade de vida.

resumo

Nos últimos anos surgiu uma crescente preocupação com a dependência da internet, sendo que a literatura científica evidencia uma associação entre a dependência da internet e perturbações psiquiátricas. Este estudo procurou caracterizar os estudantes de ensino superior quanto à psicopatologia e dependência da internet, bem como avaliar a psicopatologia e a qualidade de vida em estudantes com diferentes usos da internet.

O estudo incluiu 302 estudantes que responderam a um protocolo de questionários: o sociodemográfico, o *Internet Addiction Test* (Young, 1998; versão portuguesa: Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014), o *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1993; versão portuguesa: Canavarro, 1995), a Escala de Cognições e Comportamentos na Ansiedade aos Exames (Pinto-Gouveia, Pereira, & Melo, 2005) e o WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1994; versão portuguesa: Canavarro et al., 2006).

Os resultados demonstraram que 67.20% dos participantes manifestaram sintomas de dependência da internet, nomeadamente suave (49.30%) e moderada (17.90%). Os estudantes com dependência moderada e suave da internet apresentaram níveis superiores de psicopatologia e, adicionalmente, menores níveis de qualidade de vida comparativamente com os estudantes não dependentes. Além disso, o número de horas despendidas em redes sociais apareceu associado positivamente com a ansiedade fóbica, ansiedade aos exames, número de queixas sintomáticas e negativamente com os domínios físico e psicológico da qualidade de vida, assim como com a qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde.

Este estudo sugere que quanto mais grave é a dependência da internet maiores são os níveis de sintomatologia psicopatológica e, simultaneamente, menores os níveis de qualidade de vida. Estes contributos reforçam a importância do desenvolvimento de intervenções primárias direcionadas ao uso da internet.

keywords

Internet use, internet dependency, psychopathology, quality of life.

abstract

In recent years there has been a rising concern with internet dependency. Scientific literature has pointed out a possible connection between internet addiction and psychiatric disorders. This study aimed to characterize higher education students regarding psychopathology and internet dependency, as well as to evaluate student's psychopathology and quality of life with different internet use. The study included 302 students which answered a series of questionnaires, including a sociodemographic, the Internet Addiction Test (Young, 1998; portuguese version: Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014), the Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993; portuguese version: Canavarro, 1995), the Cognitive and Behavioral Scale Related to Test Anxiety (Pinto-Gouveia, Pereira, & Melo, 2005) and the WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1994; portuguese version: Canavarro et al., 2006).

The results demonstrated that 67.20% of the participants displayed symptoms of internet dependency, 49.30% mild and 17.90% moderate. Students with a moderate and mild internet dependency manifested higher levels of psychopathology and exhibited a lower quality of life, compared to students which did not exhibited internet dependency symptoms. Furthermore, the number of hours spent on social media was shown to be positively associated with phobic anxiety, test anxiety, number of symptomatic complains and negatively associated with both the physic and psychological domain of the quality of life, as well as quality of life in a broader sense and health perception. This study suggests that the more severe the internet dependency, the greater the severity of psychopathological symptomatology and, simultaneously, worsening the quality of life. These contributions reinforce the importance of the development of primary interventions directed to the use of the internet.

Índice

Introdução	9
Dependência da Internet: A Procura de uma Definição e de Critérios de Diagnóstico ..	10
Dependência da Internet: Modelos Etiológicos	13
Fatores situacionais	13
Modelo cognitivo-comportamental	13
<i>Escape from self theory</i>	14
Dependência da Internet e Comorbilidades	15
Objetivos.....	16
Método.....	16
Participantes	16
Instrumentos.....	17
Procedimento	19
Resultados.....	20
Discussão	27
Referências	30
Anexos	39

Índice de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes do estudo	17
Tabela 2. Frequências do uso da internet e de perturbação emocional.....	20
Tabela 3. Teste Kruskal-Wallis para comparação dos sintomas psicopatológicos em função do uso da internet.....	21
Tabela 4. Teste Mann-Whitney para comparação dos sintomas psicopatológicos em função do uso da internet.....	22
Tabela 5. Médias, desvios-padrão e medianas dos sintomas psicopatológicos em função do uso da internet.....	23
Tabela 6. Teste Kruskal-Wallis para comparação da ansiedade aos exames em função do uso da internet	23
Tabela 7. Teste Mann-Whitney para comparação da ansiedade aos exames em função do uso da internet.....	24
Tabela 8. Médias, desvios-padrão e medianas da ansiedade aos exames em função do uso da internet.....	24
Tabela 9. Teste Kruskal-Wallis para comparação da qualidade de vida em função do uso da internet.....	25
Tabela 10. Teste Mann-Whitney para comparação da qualidade de vida em função do uso da internet.....	25
Tabela 11. Médias, desvios-padrão e medianas da qualidade de vida em função do uso da internet.....	26
Tabela 12. Frequências sobre redes sociais.....	26
Tabela 13. Coeficiente de correlação de Spearman para relacionar o número de horas diárias despendidas em redes sociais com a psicopatologia e a qualidade de vida.....	27

Introdução

Nos últimos anos o número de utilizadores da internet tem vindo a aumentar, em Portugal quantificaram-se 6.930.762 e em todo o mundo 3.424.971.237 (Internet Live Stats, 2016). As estatísticas indicam que, em Portugal, 98.9% dos indivíduos com o ensino superior, 96.8% dos indivíduos com o ensino secundário e 57.7% dos indivíduos com o ensino básico utilizam a internet (Pordata, 2017). A comunidade estudantil necessita da internet para atender às suas exigências académicas (Soleymani, Garivani, & Zare-Farashbandi, 2016) e, por esse motivo, no ensino superior a internet é utilizada para fins de aprendizagem (Briz-Ponce, Pereira, Carvalho, Juanes-Méndez, & García-Peñalvo, 2017; Pereira et al., 2016). A nível mundial, a internet tem sido utilizada para obter informações, comunicar, trabalhar e jogar (Davis, 2001; Guerreschi, 2005; Yao & Zhong, 2014).

O surgimento de dispositivos móveis, como os *smartphones* e os computadores portáteis, contribui para que as pessoas estejam conectadas durante muito mais tempo (Yao & Zhong, 2014), aumentando assim o número de atividades a realizar *online* (Wong, Yuen, & Li, 2014). No referente à realidade portuguesa, 79% dos utilizadores acedeu à internet em mobilidade, onde os telemóveis ou *smartphones* surgem como os equipamentos portáteis mais utilizados (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017). Neste sentido, um progressivo número de utilizadores da internet começa a despende mais tempo *online* (Yao & Zhong, 2014), havendo indivíduos a manifestar sinais de dependência da internet (Kuss, Griffiths, Karila, & Billieux, 2014; Wallace, 2014).

Esta difusão das tecnologias cibernéticas apresenta novos desafios para a saúde pública, já que o seu uso excessivo tem consequências negativas na saúde dos indivíduos (World Health Organization [WHO], 2014). Deste modo, o uso excessivo da internet tem sido designado na literatura de diversas formas, a saber: “*internet addiction*” (Shaw & Black, 2008; Young, 1998), “*problematic internet use*” (Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla, & McElroy, 2000), “*pathological internet use*” (Davis, 2001; Morahan-Martin & Schumacher, 2000; Shapira et al., 2003) e “*internet dependency*” (Lu, 2008). Ao longo deste trabalho, por questões de consistência, será adotada a terminologia de dependência da internet. Este fenómeno de dependência da internet foi considerado, por Christakis e Moreno (2009), a potencial epidemia do século XXI.

Já na década de 90, nos Estados Unidos da América e no Reino Unido, surgiam os primeiros estudos científicos sobre a dependência da internet. Em Portugal, as primeiras

investigações nesta área aparecem quase duas décadas depois, precisamente no ano de 2011 (Pontes & Griffiths, 2016). Em termos gerais, a dependência da internet, cada vez mais, tem sido alvo de atenção por parte dos profissionais de diversos campos científicos, especificamente da psicologia, psiquiatria e neurociências (Pontes, Kuss, & Griffiths, 2015). Ao longo dos anos, os clínicos e os investigadores têm debatido a concetualização e definição de dependência da internet (Fu, Chan, Wong, & Yip, 2010), existindo divergências na definição (Kwon, Chung, & Lee, 2009; Widyanto & Griffiths, 2007), nos critérios de diagnóstico (Spada, 2014) e mesmo na terminologia utilizada (Pezoa-Jares, Espinoza-Luna, & Vasquez-Medina, 2012; Widyanto & Griffiths, 2007). Esta perturbação, ainda, não é oficialmente reconhecida pela comunidade psiquiátrica (Wallace, 2014). O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*, (DSM-5) inclui, na secção três, a perturbação de jogos da internet como uma condição que requer mais investigação (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Dependência da Internet: A Procura de uma Definição e de Critérios de Diagnóstico

Goldberg (1995 *as cited in* Flisher, 2010), psiquiatra de Nova Iorque, propôs pela primeira vez a *Internet Addiction Disorder* e uma lista de sintomas. Outros autores (Griffiths, 1995, 2000; Young, 1998; Young, Pistner, O' Mara, & Buchanan, 2000; Shapira, et al., 2000, 2003; Beard & Wolf, 2001; Ko, Yen, Chen, Chen, & Yen, 2005; Tao e colaboradores, 2010) também procuraram descrever este fenómeno. Assim, em 1995, Griffiths definiu a dependência da internet como uma dependência comportamental, não química, que envolve a interação homem e máquina. Desta forma, Griffiths (2000) sugeriu seis critérios de diagnóstico de dependência da internet, nomeadamente: saliência, alteração de humor, tolerância, sintomas de abstinência, conflitos interpessoais e intrapessoais e recaídas.

Young (1998) concetualizou esta dependência como uma perturbação do controlo dos impulsos que não envolve um intoxicante, tendo a comparado ao jogo patológico. A mesma autora, foi a primeira a propor de forma rigorosa um conjunto de critérios de diagnóstico para a dependência da internet, tendo desenvolvido um questionário de diagnóstico, baseando-se nos critérios do jogo patológico presentes no DSM-IV (APA, 1994). Este questionário é constituído por uma escala de resposta dicotómica – sim ou não – e engloba oito questões (presença de cinco ou mais): 1) preocupação com a internet; 2) necessidade de despende mais tempo na internet para obter a mesma satisfação; 3) esforços

repetidos para controlar, reduzir ou parar o uso da internet; 4) presença de irritabilidade e/ou depressão ao tentar reduzir ou parar o uso da internet; 5) permanecer mais tempo *online* do que o previsto; 6) relações sociais, trabalho, educação ou oportunidades de carreira em risco ou comprometidos devido ao uso excessivo da internet; 7) mentir aos membros da família, terapeuta ou outros a respeito do número de horas despendidas *online*; 8) utilizar a internet como forma de escape aos problemas ou para aliviar o humor disfórico (e.g., culpa, ansiedade, depressão). Fu e colaboradores (2010) verificaram que os adolescentes que apresentavam cinco ou mais destes critérios, estipulados por Young (1998), manifestavam maiores níveis de ideação suicida e sintomatologia depressiva. Além disso, Young e colaboradores (2000) também propuseram cinco subtipos de dependência da internet, a saber: cibersexo; ciber-relacionamentos; transação de ações e apostas *online*; pesquisa de informações e jogos de computador.

Em 2000, Shapira e colaboradores descreveram a dependência da internet como uma incapacidade de o utilizador controlar o seu próprio uso, provocando significativo sofrimento e dificuldades sociais, financeiras e ocupacionais. Paralelamente, Beard e Wolf (2001) focaram-se nas dificuldades psicológicas, sociais, escolares e/ou laborais advindas da dependência da internet. Shapira e colaboradores (2003) estabeleceram os seguintes critérios de diagnóstico: A) preocupação mal adaptativa com o uso da internet, expressa por pelo menos um dos seguintes fatores, 1) preocupações com o uso da internet experienciadas como irresistíveis, 2) uso da internet pautado por períodos maiores do que os planeados; B) uso ou preocupação com o uso da internet causa significativo *distress* ou comprometimento das áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento; C) uso excessivo da internet não ocorre exclusivamente durante a hipomania ou mania, assim como não é melhor explicado por outra perturbação do eixo I.

Ko e colaboradores (2005), ao considerarem a dependência da internet como uma dependência comportamental e de controlo dos impulsos, apresentaram critérios para o diagnóstico desta perturbação em adolescentes, organizados em três domínios: critério A engloba nove sintomas característicos de dependência da internet (presença de seis ou mais) – preocupação, impulso não controlado para o uso da internet, tolerância, abstinência, utilização da internet para além do tempo pretendido, dificuldades no controlo do uso da internet, tempo e esforço excessivo despendido na internet, uso continuado da internet apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico oriundo ou exacerbado com o

uso da internet –; critério B contém os sintomas (presença de um ou mais) de prejuízo no funcionamento do adolescente decorrentes do uso da internet; critério C descreve que a dependência da internet não é melhor explicada por uma perturbação psicótica ou bipolar I. Em 2010, Tao e colaboradores também sugeriram um conjunto de critérios de diagnóstico, organizados em quatro eixos: critério A) inclui a preocupação com a internet, a abstinência e os seguintes sintomas (presença de um ou mais) tolerância, desejo persistente e/ou tentativas mal sucedidas de controlar, diminuir ou descontinuar o uso da internet, uso continuado da internet apesar do conhecimento da existência de um problema físico ou psicológico oriundo ou intensificado com o uso da internet, perda de interesse por *hobbies* e entretenimentos, uso da internet para fugir ou aliviar o humor disfórico (e.g., irritabilidade, culpa, ansiedade); critério B) estipula que o uso excessivo da internet não é melhor explicado por uma perturbação psicótica ou bipolar I; critério C) descreve o prejuízo que a internet causa no funcionamento social, acadêmico e laboral; critério D) estabelece que a duração de dependência da internet persiste há três meses, seis horas por dia, exceto para uso laboral e acadêmico.

Neste sentido, os utilizadores dependentes da internet manifestam sintomas semelhantes aos encontrados em outras dependências (e.g., jogo), tal como na dependência de substâncias (Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014). A título de exemplo: forte preocupação com as atividades da internet ou vontade irresistível de estar *online*; crescente número de horas despendidas *online* (tolerância); irritação e humor disfórico no caso de impedimento ou restringimento no acesso à internet (privação); persistência de comportamentos *online* independentemente das consequências negativas na sua vida (e.g., conflitos familiares, prejuízo no rendimento académico ou trabalho); incapacidade de reduzir o comportamento (perda de controlo) (Wölfling et al., 2014).

Em suma, de acordo com Patrão e Hubert (2016) os utilizadores considerados dependentes da internet, de forma geral, utilizam essencialmente aplicações interativas de comunicação instantânea, por contraponto, os jovens que utilizam a internet de modo regular e não dependente acedem à mesma com o intuito de pesquisar informação (e.g., trabalhos académicos ou interesses pessoais) e comunicar pessoalmente (e.g., via *e-mail*). Deste modo, a quantidade de tempo despendida na internet, por si só, não é um indicador suficiente para afirmar a existência de dependência da internet (Patrão & Hubert, 2016).

Dependência da Internet: Modelos Etiológicos

Fatores situacionais

Os fatores que estão na origem do desenvolvimento de dependência da internet não são totalmente conhecidos, uma vez que pouco se conhece sobre o que verdadeiramente conduz a que os indivíduos se tornem dependentes da internet (Young, Yue, & Ying, 2011). Mesmo assim, sabe-se que os fatores situacionais apresentam um importante contributo no desenvolvimento desta dependência (Young et al., 2011). Os indivíduos expostos ao *stress* situacional, discórdia conjugal, múltiplas dependências, perturbações psiquiátricas (e.g., depressão major) (Young, 1999), perda recente de emprego, falecimentos (Young et al., 2011), isolamento social (Davis, 2001) e solidão (Pontes et al., 2014) podem ficar mais vulneráveis ao desenvolvimento de dependência da internet.

Em termos gerais, a internet pode servir de evitamento psicológico, isto é, os usuários podem recorrer a esta ferramenta com o intuito de se distraírem dos problemas diários (Young et al., 2011). Não obstante, o uso da internet que objetiva um momentâneo escape ou estratégia de *coping* para lidar com o *stress* situacional pode ser temporário e enfraquecer com o tempo e, por isso, inicialmente pode não ser uma dependência (Young et al., 2011).

Modelo cognitivo-comportamental

No seu modelo cognitivo comportamental, Davis (2001) explica a etiologia, o desenvolvimento e as consequências do uso patológico da internet. Este autor, concetualizou a dependência da internet como sendo muito mais do que uma dependência comportamental, especificamente como um conjunto de padrões distintos de cognições e comportamentos referentes à internet que resultam em consequências negativas para a vida do indivíduo (Young et al., 2011).

Segundo Davis (2001) existem dois tipos de dependência da internet: o específico e o generalizado. A dependência da internet específica engloba um uso excessivo ou abuso de funções específicas (e.g., pornografia, serviços de leilão), podendo esta perturbação manifestar-se mesmo quando o indivíduo não tem acesso à internet. O mesmo autor, acredita que a dependência da internet específica pode advir de psicopatologia pré-existente, a qual se torna associada à atividade *online*. Por outro lado, a dependência da internet generalizada é mais abrangente, envolve um uso excessivo multidimensional da internet, podendo o indivíduo despendar tempo *online* sem objetivos específicos. Na forma generalizada estão

presentes cognições e comportamentos não adaptativos face ao uso da internet, os quais não estão relacionados com nenhum conteúdo específico. Este tipo de dependência da internet generalizada decorre da falta de suporte social, familiar e isolamento social, estando presente quando o utilizador é atraído para a experiência de estar *online*, quando desconectado, dando assim preferência às interações *online* em detrimento das interações face-a-face. A procrastinação desempenha um papel importante tanto no desenvolvimento como na manutenção do uso patológico da internet generalizado (Davis, 2001).

O modelo cognitivo-comportamental pressupõe que as cognições e os comportamentos relacionados com a internet são as consequências, e não as causas, de problemas psicossociais mais generalizados (e.g., depressão, ansiedade social, isolamento, défice de competências sociais) (Caplan & High, 2011). Contudo, este modelo também sugere que o bem-estar aparece correlacionado positivamente com a preferência pelas interações *online* (Caplan & High, 2011). Na opinião de Echeburúa e Corral (2010), na dependência da internet, tal como em outras dependências, inicialmente existe um reforço positivo, traduzido pelo prazer associado ao uso da internet, e com o avançar do tempo há um reforço negativo, que se manifesta num alívio da tensão emocional.

Escape from self theory

Em 2009, Kwon e colaboradores analisaram as origens de dependência da internet numa amostra de adolescentes à luz da *escape from self theory*, proposta por Baumeister (1990) para explicar o suicídio. De acordo com esta teoria, a dependência da internet pode ser encarada mediante um *continuum* de comportamentos autodestrutivos e, portanto, ser melhor entendida como uma tentativa de eliminar o auto estranhamento (*self-estrangement*) e o estado de humor negativo (Kwon, 2011).

Baumeister (1990) propõe que, numa fase inicial, os indivíduos experienciam uma realidade em que os seus resultados estão muito abaixo dos padrões, a qual é proporcionada por elevadas expetativas irrealistas, problemas recentes ou contratempos. Em segundo lugar, o indivíduo faz atribuições internas, o que tem implicações negativas para o *self*. Seguidamente, percebe-se como inadequado, incompetente, pouco atraente ou culpado. Os afetos negativos resultam da comparação do *self* com os padrões. Posteriormente, o indivíduo responde a este estado de desconforto tentando fugir aos pensamentos significativos referentes a um estado de dormência de desconstrução cognitiva. Porém, não

é totalmente bem-sucedido e deseja progressivamente meios mais fortes para cessar os pensamentos e sentimentos aversivos. Por fim, as consequências deste estado mental desconstruído podem culminar no aumento do desejo de suicídio (Baumeister, 1990). Neste sentido, a fuga ao *self* pode contribuir para o desenvolvimento de dependência da internet (Kwon, 2011).

Em suma, quando existe uma discrepância entre o *self* real e ideal, o indivíduo avalia-se de forma negativa como incompetente e inadequado (Kwon, 2011). E, como resultado, tende a tornar-se depressivo, ansioso ou derrotado (Kwon, 2011). Neste momento, com o objetivo de eliminar este estado o indivíduo pode optar por fugir a esta realidade (Kwon, 2011). Deste modo, pode escolher utilizar a internet como um meio de fuga ao próprio *self*, visitando-a repetidamente, desenvolvendo um falso sentimento de poder, realização e conexão proveniente das atividades da internet, intensificando a sua indulgência pela internet (Kwon, 2011).

Este modelo tem implicações no tratamento e prevenção da dependência da internet (Kwon et al., 2009; Kwon, 2011), particularmente em meios escolares (Kwon et al., 2009). Desta forma, os adolescentes identificados com uma autoavaliação negativa e estado de humor negativo podem estar suscetíveis ao desenvolvimento de dependência da internet (Kwon et al., 2009).

Dependência da Internet e Comorbilidades

A dependência da internet frequentemente surge associada a perturbações psiquiátricas, sendo comum a presença de perturbações de humor e ansiedade (Kuss & Lopez-Fernandez, 2016). A literatura evidencia que a dependência da internet está associada negativamente com a satisfação de vida, desempenho académico (Dhir, Chen, & Nieminen, 2015), motivação para o estudo (Reed & Reay, 2015) e positivamente com a posse de tecnologias móveis com acesso à internet, solidão (Pontes, Griffiths, & Patrão, 2014), abuso de álcool, hiperatividade com défice de atenção, depressão, ansiedade (Ho et al., 2014), ansiedade social (Prizant-Passal, Shechner, & Aderka, 2016; Weinstein et al., 2015), hostilidade, sensibilidade interpessoal, psicoticismo (Dong, Lu, Zhou, & Zhao, 2011). Neste sentido, estima-se que as comorbilidades possam ocorrer em 86% dos casos de dependência da internet (Block, 2008).

Objetivos

Face à crescente prevalência de problemas de saúde mental em estudantes de ensino superior (Castillo & Schwartz, 2013; Storrie, Ahern, & Tuckett, 2010), mormente depressão e ansiedade (Francis & Horn, 2017; Mullin et al., 2015; Räsänen, Lappalainen, Muotka, Tolvanen, & Lappalainen, 2016), bem como ao facto da prevalência de dependência da internet ser mais elevada nesta população (Patrão et al., 2016; Young et al., 2011) e à falta de investigação sobre a relação entre a qualidade de vida e a dependência da internet em estudantes de ensino superior (Tekinarslan, 2017) torna-se pertinente a realização de estudos que avaliem estes fenómenos.

Neste estudo observacional e transversal pretende-se caracterizar os estudantes de ensino superior quanto à psicopatologia e dependência da internet, tal como avaliar os sintomas psicopatológicos e a qualidade de vida em estudantes com diferentes usos da internet. Tendo em conta a literatura científica, espera-se que existam diferenças significativas nos níveis de psicopatologia e qualidade de vida nos estudantes com diferentes usos da internet. Mais, especificamente, espera-se que os níveis de psicopatologia sejam superiores e a qualidade de vida inferior nos estudantes com sintomas de dependência moderada e suave da internet.

Método

Participantes

Este estudo englobou uma amostra não probabilística de conveniência constituída por um total de 342 estudantes de ensino superior, embora o número de participantes a incluir no estudo tenha sido de 302, devido à presença de outras nacionalidades ($n=34$), critério de exclusão, assim como pela incidência de não respostas em alguns itens do questionário ($n=6$). Os participantes apresentaram uma média etária de 21.71 ($DP=4.86$) anos e eram provenientes de 9 instituições de ensino superior, sendo a sua grande maioria da Universidade de Coimbra ($n=278$, 92.10%). Importa referir que uma taxa considerável de estudantes se automedicou ($n=124$; 41.20%). De forma geral, as características sociodemográficas aparecem resumidas na Tabela 1. Os critérios de inclusão consistiram em estar matriculado numa instituição de ensino superior, ter nacionalidade portuguesa e disponibilidade para participar no estudo.

Tabela 1

Dados sociodemográficos dos participantes do estudo

Características	Frequências	
	n	%
Sexo		
Masculino	71	23.50
Feminino	231	76.50
Idade		
Média (Desvio-padrão)	21.71 (4.86)	
Mínimo	18	
Máximo	67	
Instituição de Ensino Superior		
Instituto Piaget de Viseu	1	0.30
Instituto Politécnico de Viseu	1	0.30
Instituto Politécnico de Leiria	1	0.30
Instituto Politécnico de Coimbra	3	1.00
Instituto Superior Miguel Torga	3	1.00
Universidade do Algarve	1	0.30
Universidade de Aveiro	13	4.30
Universidade de Coimbra	278	92.10
Universidade do Porto	1	0.30
Nível de Ensino		
Licenciatura	227	76.90
Mestrado	65	22.00
Doutoramento	3	1.00
Automedicação		
Sim	124	41.20
Não	177	58.80

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: Com o objetivo de recolher informações adicionais e obter uma melhor compreensão das características dos participantes, procedeu-se à elaboração de um questionário sociodemográfico. As variáveis abrangidas por este instrumento foram: idade, sexo, nacionalidade, estado civil, instituição de ensino superior, curso, nível de ensino, ano académico, doenças físicas e/ou psicológicas, acompanhamento psicológico, medicação prescrita, automedicação, redes sociais, idade de adesão às redes sociais e média de horas diárias despendidas em redes sociais.

Internet Addiction Test (IAT; Young, 1998): A versão portuguesa foi adaptada, em 2014, por Pontes, Patrão e Griffiths. O IAT avalia o envolvimento com a internet em termos de normal (0-30), suave (31-49), moderado (50-79) e severo (80-100) (Young, 2011), através de 20 itens, numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos. Não obstante, outrora Young (1998 *as cited in* Pontes et al., 2014) tinha sugerido outros pontos de corte, precisamente: usuário médio (20-39), problemas frequentes devido ao uso da internet (40-69) e dependente da internet (70-100). Sublinha-se que não existe validação empírica ou clínica para os pontos de corte (Pontes et al., 2014). Este instrumento tem uma boa consistência interna, onde o

valor do alfa de Cronbach foi de .90 no estudo de validação, semelhante ao encontrado nesta amostra, sendo $\alpha=.91$.

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993): A versão portuguesa foi adaptada por Canavarro (1995). O BSI avalia a presença e intensidade dos sintomas psicopatológicos através de 53 itens, numa escala de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos. Este inventário integra nove dimensões: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (Canavarro, 2007). Adicionalmente, integra três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS; pontuação média de todos os itens), Total de Sintomas Positivos (TSP; número de queixas sintomáticas apresentadas) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP; pontuação média dos sintomas positivos) (Canavarro, 2007). O ponto de corte no ISP é de um 1.7, pelo que um valor igual ou superior a este, significa que é provável a existência de perturbações emocionais (Canavarro, 2007). Nos estudos psicométricos realizados para a versão portuguesa, o BSI apresenta níveis adequados de consistência interna nas 9 dimensões, tendo os seguintes valores do alfa de Cronbach: .80 na somatização; .77 nas obsessões-compulsões; .76 na sensibilidade interpessoal; .73 na depressão; .77 na ansiedade; .76 na hostilidade; .62 na ansiedade fóbica; .72 na ideação paranóide e .62 no psicoticismo (Canavarro, 2007). Na presente amostra, os valores da consistência interna foram ligeiramente superiores aos mencionados anteriormente, sendo o alfa de Cronbach de .85 na somatização; .81 nas obsessões-compulsões; .88 na sensibilidade interpessoal; .88 na depressão; .81 na ansiedade; .80 na hostilidade; .74 na ansiedade fóbica; .82 na ideação paranóide e .78 no psicoticismo.

Escala de Cognições e Comportamentos na Ansiedade aos Exames (ECCAE; Pinto-Gouveia, Melo, & Pereira, 2005): A ECCAE avalia os pensamentos e comportamentos que ocorrem durante a preparação, a realização e em outras situações relacionadas com os exames (Melo, 2006). Esta escala é composta por 23 itens e por duas escalas de resposta, do tipo *Likert* de 5 pontos (Melo, 2006). Apresenta boas propriedades psicométricas, no estudo de construção da escala o alfa de Cronbach foi de .86 para a subescala pensamentos e .76 na subescala comportamentos. Nesta investigação a consistência interna foi ligeiramente superior em ambas as escalas, sendo $\alpha=.87$ e $\alpha=.82$ respetivamente.

WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1994): A versão portuguesa foi adaptada, em 2006, por Canavarro e colaboradores. O WHOQOL-Bref permite avaliar a qualidade de vida

em adultos, por meio de 26 itens, numa escala de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos. Os itens encontram-se agrupados em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e uma faceta qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde (Canavarro et al., 2007). O instrumento revelou boas propriedades psicométricas, obtendo-se no estudo de validação da versão portuguesa um alfa de Cronbach de .87 no domínio físico; .84 no domínio psicológico; .64 no domínio das relações sociais; .78 no domínio ambiente e .92 considerando todos os itens (Canavarro et al., 2007). No presente estudo os valores de consistência interna foram ligeiramente inferiores aos supracitados, sendo o alfa de Cronbach de .77 no domínio físico; .82 no domínio psicológico; .61 no domínio das relações sociais; .62 no domínio ambiente e .91 considerando todos os itens.

Procedimento

A recolha de dados decorreu entre os meses de maio e julho de 2017, nas Universidades públicas de Aveiro e Coimbra, precisamente em salas de estudo, salas de aulas e nos Serviços de Saúde e Gestão da Segurança no Trabalho da Universidade de Coimbra. O preenchimento do protocolo de questionários foi realizado presencialmente, tendo os participantes sido informados do objetivo do estudo, do direito à não participação, a natureza anónima e confidencial dos dados, não tendo sido fornecida nenhuma compensação pela participação.

O material bibliográfico foi obtido em diferentes bases de dados científicas como *Proquest*, *EBSCO*, *ScienceDirect*, *Pubmed*, *Scopus*, assim como no *Google Books* sobretudo a consulta de capítulos de livros.

Do ponto de vista da análise estatística, foram realizados procedimentos de forma a organizar, codificar e recodificar variáveis para simplificar a análise de dados. Assim, criou-se uma nova variável que constitui os grupos denominados “não dependente” (pontuação IAT 0-30), “dependente suave” (pontuação IAT 31-49) e “dependente moderado” (pontuação IAT 50-79). A caracterização da amostra foi efetuada por meio da estatística descritiva. Os pressupostos de normalidade foram testados através do teste Kolmogorov-Smirnov, os desvios face à média por meio da assimetria (*skewness*) e achatamento (*kurtosis*), as observações aberrantes (*outliers*) através da representação gráfica dos resultados, especificamente caixas de bigodes. A amostra não segue uma distribuição normal, pelo que foram aplicados testes estatísticos não paramétricos. Assim, para identificar

as diferenças significativas entre os três grupos com diferentes usos da internet quanto à psicopatologia e qualidade de vida, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Para as comparações múltiplas foi utilizado o teste U de Mann-Whitney com a correção de Bonferroni para testes simultâneos. Adicionalmente, para identificar a relação de associação entre o número de horas diárias despendidas em redes sociais, a psicopatologia e a qualidade de vida utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Toda a análise estatística foi realizada com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (versão 24.0; IBM, 2016), software de análise de dados amplamente utilizado nas Ciências Sociais e Humanas (Marôco, 2014), tendo sido adotado o nível de significância de 5% para os testes inferenciais.

Resultados

Nesta amostra 67.20% dos estudantes manifestaram sintomas de dependência da internet, precisamente suave (49.30%) e moderada (17.90%). Além disso, 30.10% dos participantes referiram sintomas de hostilidade e 29.10% de obsessões-compulsões. A somatização (19.20%), depressão (21.20%) e ansiedade (23.50%) surgiram como as perturbações emocionais menos frequentes. De ressaltar que 36.10% da amostra apresentou valores iguais ou superiores a 1.7, no ISP, tendo assim uma maior probabilidade de possuir alguma perturbação emocional (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Frequências do uso da internet e de perturbação emocional

Variáveis	Frequências	
	n	%
Resultados IAT		
Não dependente	99	32.80
Dependente suave	149	49.30
Dependente moderado	54	17.90
Dependente severo	0	0
Resultados BSI		
Somatização	58	19.20
Obsessões-Compulsões	88	29.10
Sensibilidade Interpessoal	85	28.10
Depressão	64	21.20
Ansiedade	71	23.50
Hostilidade	91	30.10
Ansiedade Fóbica	79	26.20
Ideação Paranóide	82	27.20
Psicoticismo	86	28.50
ISP	109	36.10

A sensibilidade interpessoal apareceu como a perturbação emocional mais frequente entre os estudantes com dependência moderada, a hostilidade entre os estudantes com dependência suave e as obsessões-compulsões entre os estudantes não dependentes (cf. Figura 1).

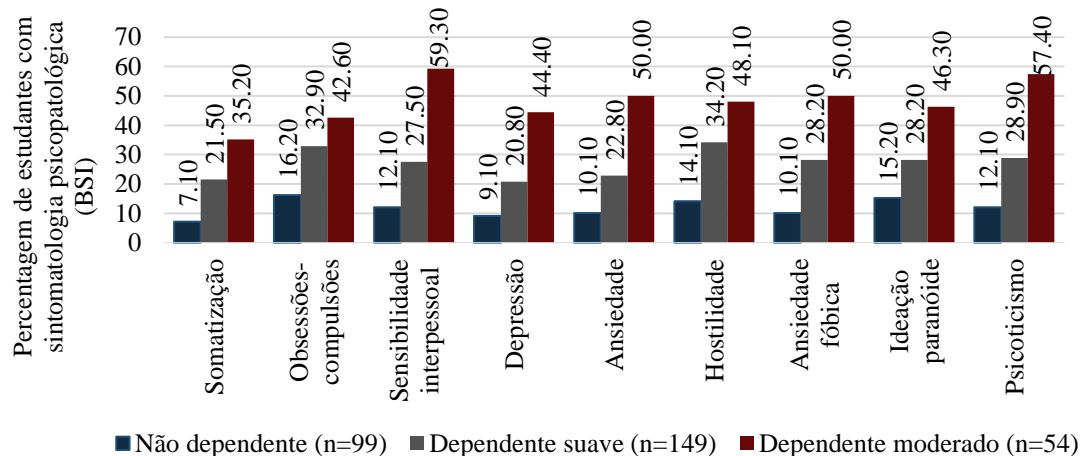


Figura 1

Percentagem de estudantes com sintomas psicopatológicos em função do uso da internet

Ao compararem-se os grupos de estudantes com diferentes usos da internet observaram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do BSI, no IGS, na TSP ($p < .001$) e no ISP ($p = .005$) (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Teste Kruskal-Wallis para comparação dos sintomas psicopatológicos em função do uso da internet

BSI	Grupos IAT	
	Não dependente (n=99)	
	Dependente suave (n=149)	
	Dependente moderado (n=54)	
	Kruskal-Wallis	<i>p</i>
Somatização	16.52	<.001
Obsessões-compulsões	38.69	<.001
Sensibilidade interpessoal	37.05	<.001
Depressão	47.25	<.001
Ansiedade	34.78	<.001
Hostilidade	35.95	<.001
Ansiedade fóbica	35.02	<.001
Ideação paranóide	34.64	<.001
Psicoticismo	48.23	<.001
IGS	51.44	<.001
TSP	51.01	<.001
ISP	10.76	.005

Os estudantes com dependência moderada possuíram médias das ordens mais elevadas em todas as dimensões e nos três índices globais do BSI, quando comparados com os estudantes com dependência suave, bem como com os estudantes não dependentes (ver Anexo 7). As diferenças observadas foram significativas nas duas comparações, exceto entre os estudantes com dependência moderada e suave, nas dimensões obsessões-compulsões ($p=.036$), somatização ($p=.025$) e ISP ($p=.022$) (cf. Tabela 4).

De igual forma, os estudantes com sintomas de dependência suave também expressaram médias das ordens mais elevadas em todas as dimensões e nos três índices globais do BSI, do que o grupo de estudantes não dependentes (ver Anexo 7). Estas diferenças observadas foram estatisticamente significativas, à exceção do ISP ($p=.113$) (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Teste Mann-Whitney para comparação dos sintomas psicopatológicos em função do uso da internet

BSI	Grupos IAT					
	Não dependente (n=99)		Não dependente (n=99)		Dependente suave (n=149)	
	Dependente suave (n=149)		Dependente moderado (n=54)		Dependente moderado (n=54)	
	Mann-Whitney U	P	Mann-Whitney U	P	Mann-Whitney U	P
Somatização	5954.00	.008	1711.50	<.001	3211.50	.025
Obsessões-compulsões	4592.00	<.001	1261.00	<.001	3249.00	.036
Sensibilidade interpessoal	5180.50	<.001	1238.50	<.001	2795.00	.001
Depressão	4764.00	<.001	1041.50	<.001	2717.00	<.001
Ansiedade	5088.00	<.001	1273.50	<.001	2918.50	.003
Hostilidade	4895.00	<.001	1283.50	<.001	3037.00	.007
Ansiedade fóbica	5232.50	<.001	1306.00	<.001	2976.50	.004
Ideação paranóide	5175.00	<.001	1275.00	<.001	2862.00	.002
Psicoticismo	4553.50	<.001	1138.50	<.001	2786.50	.001
IGS	4434.50	<.001	1041.50	<.001	2680.00	<.001
TSP	3918.00	<.001	1020.00	<.001	2690.00	.001
ISP	6499.00	.113	1838.50	.001	3176.00	.022

Atendendo às médias e medianas, presentes na Tabela 5, averiguou-se que os estudantes com dependência moderada tiveram mais do dobro da média dos estudantes não dependentes no IGS, na TSP, em 8 de 9 dimensões do BSI, com exceção para as obsessões-compulsões em que a média é aproximadamente o dobro. Os estudantes com dependência suave apresentaram médias superiores aos estudantes não dependentes, tendo mais do dobro

da média em 2 de 9 dimensões do BSI, e inferiores aos estudantes com dependência moderada. De assinalar que o grupo de estudantes com dependência moderada ultrapassou o valor de 1.7, no ISP, existindo assim uma maior probabilidade de haver estudantes com perturbações emocionais neste grupo.

Tabela 5

Médias, desvios-padrão e medianas dos sintomas psicopatológicos em função do uso da internet

BSI	Grupos IAT					
	Não dependente (n=99)		Dependente suave (n=149)		Dependente moderado (n=54)	
	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn
Somatização	.31 (.53)	.00	.48 (.58)	.29	.76 (.79)	.57
Obsessões-compulsões	.75 (.70)	.67	1.21 (.72)	1.17	1.46 (.74)	1.33
Sensibilidade interpessoal	.43 (.69)	.25	.80 (.84)	.50	1.25 (.89)	1.25
Depressão	.47 (.71)	.17	.81 (.75)	.67	1.19 (.74)	1.00
Ansiedade	.52 (.52)	.33	.85 (.68)	.67	1.18 (.75)	1.25
Hostilidade	.52 (.57)	.40	.87 (.69)	.80	1.21 (.84)	1.00
Ansiedade fóbica	.16 (.29)	.00	.39 (.52)	.20	.68 (.68)	.50
Ideação paranóide	.56 (.73)	.20	.87 (.73)	.80	1.28 (.82)	1.20
Psicoticismo	.31 (.56)	.00	.63 (.63)	.60	1.00 (.75)	1.00
IGS	.46 (.51)	.28	.78 (.55)	.70	1.11 (.64)	1.08
TSP	15.05 (12.11)	11.50	24.71 (13.11)	25.00	32.48 (15.24)	35.00
ISP	1.48 (.59)	1.43	1.57 (.51)	1.53	1.75 (.45)	1.67

M: Média; DP: Desvio-padrão; Mdn: Mediana.

Quando comparados os três grupos com diferentes usos da internet em relação à ansiedade aos exames, constatou-se que os mesmos diferiram significativamente entre si ($p<.001$), tanto ao nível dos pensamentos como dos comportamentos (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Teste Kruskal-Wallis para comparação da ansiedade aos exames em função do uso da internet

ECCAE	IAT	
	Não dependente (n=80)	
	Dependente suave (n=120)	
	Dependente moderado (n=45)	
	Kruskal-Wallis	p
Pensamentos	30.06	<.001
Comportamentos	24.68	<.001

Neste sentido, os estudantes com dependência moderada apresentaram médias das ordens mais elevadas nos pensamentos e comportamentos da ansiedade aos exames, em

comparação com os estudantes com dependência suave e não dependentes. Também os estudantes com dependência suave manifestaram médias das ordens superiores aos estudantes não dependentes (ver Anexo 8). As diferenças supracitadas foram significativas ($p \leq .001$), à exceção dos pensamentos da ansiedade aos exames ($p = .018$) entre os grupos de estudantes com dependência suave e moderada da internet (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Teste Mann-Whitney para comparação da ansiedade aos exames em função do uso da internet

ECCAE	Grupos IAT					
	Não dependente (n=80)		Não dependente (n=80)		Dependente suave (n=120)	
	Dependente suave (n=120)		Dependente moderado (n=45)		Dependente moderado (n=45)	
	Mann-Whitney U	<i>p</i>	Mann-Whitney U	<i>p</i>	Mann-Whitney U	<i>p</i>
Pensamentos	3190.50	<.001	816.50	<.001	2053.00	.018
Comportamentos	3453.50	.001	876.50	<.001	2045.50	.017

Mediante as médias e medianas, descritas na Tabela 8, verificou-se que os estudantes com dependência moderada manifestaram médias e medianas mais elevadas nos pensamentos e comportamentos da ansiedade, seguindo-se o grupo de estudantes com dependência suave, comparativamente com os estudantes não dependentes.

Tabela 8

Médias, desvios-padrão e medianas da ansiedade aos exames em função do uso da internet

ECCAE	Grupos IAT					
	Não dependente (n=80)		Dependente suave (n=120)		Dependente moderado (n=45)	
	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn
Pensamentos	53.95 (12.49)	52.00	61.17 (12.64)	61	65.60 (10.41)	67
Comportamentos	48.16 (08.45)	46.50	52.60 (10.30)	51	56.00 (08.89)	56

M: Média; DP: Desvio-padrão; Mdn: Mediana.

No que concerne à qualidade de vida, os grupos de estudantes com diferentes usos da internet diferiram significativamente entre si em todos os domínios da qualidade de vida ($p < .001$), assim como na qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde ($p = .007$) (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Teste Kruskal-Wallis para comparação da qualidade de vida em função do uso da internet

WHOQOL-Bref	IAT	
	Não dependente (n=99)	
	Dependente suave (n=149)	
	Dependente moderado (n=54)	
	Kruskal-Wallis	p
Qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde	10.04	.007
Relações sociais	18.46	<.001
Psicológico	29.37	<.001
Físico	22.69	<.001
Ambiente	22.07	<.001

Mais, especificamente, o grupo de estudantes não dependentes apresentou médias das ordens mais elevadas em todos os domínios da qualidade de vida, bem como na qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde, comparativamente com os estudantes com dependência suave e moderada (ver Anexo 9). Estas diferenças foram estatisticamente significativas nas duas comparações, à exceção da qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde entre os estudantes não dependentes e dependentes suaves ($p=.018$) (cf. Tabela 10).

As médias das ordens dos estudantes com dependência suave foram superiores à dos estudantes com dependência moderada em todos os domínios da qualidade de vida e na qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde (ver Anexo 9). As referidas diferenças foram significativas em 3 domínios da qualidade de vida, com exceção para o domínio psicológico ($p=.026$) e para a qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde ($p=.282$) (cf. Tabela 10).

Tabela 10

Teste Mann-Whitney para comparação da qualidade de vida em função do uso da internet

WHOQOL-Bref	Grupos IAT					
	Não dependente (n=99)		Não dependente (n=99)		Dependente suave (n=149)	
	Dependente suave (n=149)		Dependente moderado (n=54)		Dependente moderado (n=54)	
	Mann-Whitney U	p	Mann-Whitney U	p	Mann-Whitney U	p
Qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde	6112.50	.018	1920.50	.003	3646.00	.282
Relações sociais	5990.00	.011	1592.50	<.001	3091.50	.011
Psicológico	5100.50	<.001	1399.00	<.001	3201.50	.026
Físico	5792.00	.004	1521.50	<.001	2913.00	.003
Ambiente	5843.50	.005	1540.00	<.001	2897.50	.002

Considerando as médias, que surgem na Tabela 11, apurou-se que os estudantes com dependência moderada da internet apresentaram médias inferiores em todos os domínios da qualidade de vida, tal como na qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde, seguindo-se os estudantes com dependência suave, em comparação com os estudantes não dependentes.

Tabela 11

Médias, desvios-padrão e medianas da qualidade de vida em função do uso da internet

WHOQOL-Bref	Grupos IAT					
	Não dependente (n=99)		Dependente suave (n=149)		Dependente moderado (n=54)	
	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn
Qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde	77.02 (17.10)	75.00	72.90 (15.81)	75.00	70.60 (13.34)	75.00
Relações sociais	73.74 (18.19)	75.00	67.84 (17.71)	66.67	59.57 (18.70)	66.67
Psicológico	72.43 (18.27)	75.00	63.98 (16.45)	66.67	58.87 (15.14)	58.33
Físico	74.31 (15.37)	78.57	69.56 (13.32)	71.43	63.89 (13.05)	64.29
Ambiente	72.73 (15.39)	75.00	68.16 (12.21)	68.75	62.79 (11.47)	62.50

Os participantes despenderam uma média diária de 3.11 (DP=2.56) horas em redes sociais, tendo sido o facebook a rede social com maior adesão (cf. Tabela 12).

Tabela 12

Frequências sobre redes sociais

Variáveis	Frequências	
	n	%
Redes Sociais		
Sim	299	99.00
Não	3	1.00
Conta em Redes Sociais		
Facebook	296	98.00
Instagram	246	81.50
WhatsApp	190	62.90
Twitter	119	39.40
Youtube	181	59.90
Linkedin	66	21.90
Horas Diárias Despendidas em Redes Sociais (n=259)		
Média (Desvio-Padrão)	3.11 (2.56)	
Mínimo	0	
Máximo	17	

O número de horas diárias despendidas em redes sociais surgiu associado positivamente e significativamente com a ansiedade aos exames – pensamentos ($r=.273$,

$p < .001$) e comportamentos ($r = .244$, $p < .001$) –, ansiedade fóbica ($r = .134$, $p = .031$) e número de queixas sintomáticas ($r = .143$, $p = .023$). Por conseguinte, as horas diárias despendidas em redes sociais encontraram-se correlacionadas negativamente e significativamente com a qualidade de vida em geral e perceção geral de saúde ($r = -1.27$, $p = .041$), domínio psicológico ($r = -1.59$, $p = .010$) e físico ($r = -1.64$, $p = .008$) (cf. Tabela 13).

Tabela 13

Coeficiente de correlação de Spearman para relacionar o número de horas diárias despendidas em redes sociais com a psicopatologia e a qualidade de vida

Variáveis	Horas diárias em redes sociais	
	r	p
BSI		
Somatização	.040	.523
Obsessões-compulsões	.070	.264
Sensibilidade interpessoal	.039	.534
Depressão	.084	.179
Ansiedade	.113	.070
Hostilidade	.093	.135
Ansiedade fóbica	.134	.031*
Ideação paranóide	.067	.284
Psicoticismo	.097	.119
IGS	.093	.138
TSP	.143	.023*
ISP	-.017	.783
ECCAE		
Pensamentos	.273	<.001**
Comportamentos	.244	<.001**
WHOQOL-Bref		
Qualidade de vida em geral e perceção geral de saúde	-1.27	.041*
Relações sociais	-.073	.240
Psicológico	-1.59	.010*
Físico	-1.64	.008*
Ambiente	-.096	.123

Correlação significativa para * $p < .05$ e ** $p < .001$

Discussão

No presente estudo 67.20% dos estudantes manifestaram sintomas de dependência da internet, especificamente suave (49.30%) e moderada (17.90%). Investigações prévias encontraram taxas ligeiramente diferentes de dependência suave e moderada da internet, nomeadamente 44% e 16% (Pontes et al., 2014), 31.36% e 34.49% (Surwase, Adikane, Bagdey, & Narlawar, 2017). A prevalência de dependência da internet tem divergido entre os estudos (Costa & Patrão, 2016). Apesar de nesta amostra não haver estudantes com dependência severa da internet importa realçar que, se nada for feito, os resultados de dependência moderada podem vir a tornar-se severos.

Ainda não são totalmente conhecidos os fatores que levam à dependência da internet (Young et al., 2011), mas este fenómeno atualmente tem sido associado a perturbações psiquiátricas (WHO, 2014). A ansiedade (23.50%) e a depressão (21.20%) surgiram entre as perturbações emocionais menos frequentes neste estudo, com a hostilidade (30.10%) e as obsessões-compulsões (29.10%) a predominar. Estes resultados não são concordantes com a literatura, já que a ansiedade e a depressão têm sido identificadas como os problemas mais comuns entre os estudantes de ensino superior (Day, McGrath, & Wojtowicz, 2013; Francis & Horn, 2017; Mullin et al., 2015; Räsänen et al., 2016). É de referir que 36.1% dos participantes apresentaram probabilidade de possuir alguma perturbação emocional, o que equivale a aproximadamente 2 em cada 5 estudantes neste estudo.

Além disso, a média da maioria dos sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI foi mais do dobro nos estudantes com dependência moderada, comparativamente com os estudantes não dependentes. Os estudantes com dependência suave também possuíram níveis de sintomatologia psicopatológica e ansiedade aos exames superiores aos estudantes não dependentes e inferiores aos estudantes com dependência moderada. Somente não se encontraram diferenças significativas nas obsessões-compulsões, somatização e média da intensidade dos sintomas assinalados, entre os estudantes com dependência suave e moderada, bem como na média da intensidade dos sintomas assinalados entre os estudantes não dependentes e com dependência suave. Estes resultados são consistentes com os verificados em outros estudos, nos quais se apurou a existência de uma associação positiva e significativa entre a dependência da internet e a depressão, ansiedade, ansiedade social, hostilidade (Adalier & Balkan, 2012; Carli et al., 2013; Yen, Ko, Yen, Wu, & Yang, 2007), obsessão-compulsão (Adalier & Balkan, 2012; Carli et al., 2013), somatização, sensibilidade interpessoal (Adalier & Balkan, 2012; Alavi, Maracy, Jannatifard, & Eslami, 2011), psicoticismo (Adalier & Balkan, 2012; Dong, Lu, Zhou, & Zhao, 2011) e ideação paranóide (Adalier & Balkan, 2012). Todavia, não é evidente se são os problemas emocionais que conduzem à dependência da internet ou se, por outro lado, é a dependência da internet que está na origem dos problemas emocionais (Costa & Patrão, 2016; Guerreschi, 2005). Mesmo assim, as comorbilidades devem ser alvo de atenção por parte dos profissionais, uma vez que a eficácia do tratamento na dependência da internet pode aumentar quando se utilizam abordagens terapêuticas que combinam tratamentos baseados em evidência de perturbações co-ocorrentes (Kuss & Lopez-Fernandez, 2016).

De igual forma, os estudantes com dependência moderada da internet perceberam a sua qualidade de vida como inferior em todos os domínios e na qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde, seguindo-se os estudantes com dependência suave, em comparação com os estudantes não dependentes. Os estudantes com dependência moderada apenas não diferiram significativamente dos estudantes com dependência suave no domínio psicológico e na qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde. O grupo de estudantes com dependência suave também reportou uma menor qualidade de vida comparativamente com os estudantes não dependentes, não manifestando diferenças significativas unicamente na qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde. Estes resultados são parcialmente corroborados por outras investigações, onde a qualidade de vida nos seus diferentes domínios surge correlacionada negativamente com a dependência da internet (Tekinarslan, 2017), à exceção do domínio ambiente (Fatehi, Monajemi, Sadeghi, Mojtahedzadeh, & Mirzazadeh, 2016). A dependência da internet também tem sido associada negativamente com o bem-estar psicológico (Rehman, Shafi, & Rizvi, 2016), satisfação com a vida e o envolvimento na vida (Shahnaz & Karim, 2014).

Além do mencionado, a maioria dos participantes (99%) tinha conta em redes sociais, despendendo em média 3.11 horas por dia nas mesmas. Neste estudo, o tempo diário despendido em redes sociais apareceu associado positivamente com a ansiedade aos exames, ansiedade fóbica, número de queixas sintomáticas e negativamente com o domínio físico, psicológico, qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde. Acredita-se que estes resultados possam ter alguma relação com a ansiedade social e o uso das redes sociais, na medida em que a ansiedade aos exames é considerada um subtipo de ansiedade social e, por sua vez, a ansiedade fóbica engloba a ansiedade social. Deste modo, os indivíduos com maiores níveis de isolamento social, até mesmo com ansiedade social, podem recorrer mais vezes às redes sociais para facilitar o contacto com os outros (Costa & Patrão, 2016).

Esta investigação apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, a amostra não é representativa de todos os estudantes portugueses de ensino superior, dificultando a generalização dos resultados. Segundo, os resultados obtidos no IAT nem sempre são passíveis de comparações diretas, dado que vários autores têm utilizado diferentes pontos de corte (e.g., Bruno et al., 2014; Younes et al., 2016). Em terceiro lugar, a recolha de dados foi efetuada com questionários de autorrelato, nos quais os participantes relatam a sua percepção em determinado momento, pressupondo-se que os participantes deram informação

verdadeira. Por último, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis em análise.

São sugeridas investigações futuras que utilizem amostra mais extensas, indivíduos da comunidade em geral, comparem grupos clínicos e não clínicos de dependência da internet e combinem metodologias quantitativas e qualitativas. Merece particular relevo a realização de estudos longitudinais.

O presente estudo sugere que quanto mais grave é a dependência da internet maiores são os níveis de sintomatologia psicopatológica e, simultaneamente, menores os níveis de qualidade de vida. Estes contributos reforçam a importância do desenvolvimento de intervenções primárias direcionadas ao uso controlado, seguro e saudável da internet. Além disso, importa dar relevo à intervenção psicológica em contexto de ensino superior de forma a prevenir comportamentos de risco.

Referências

- Adalier, A., & Balkan, E. (2012). The relationship between internet addiction and psychological symptoms. *International Journal of Global Education*, 1(2), 42-49. Retrieved from <http://www.ijtase.net/ojs/index.php/ijge/article/view/72>
- Akin, A., & Iskender, M. (2011). Internet addiction and depression, anxiety and stress. *International Online Journal of Educational Sciences*, 3(1), 138-148. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.658.6294&rep=rep1&type=pdf>
- Alavi, S. S., Maracy, M. R., Jannatifard, F., & Eslami, M. (2011). The effect of psychiatric symptoms on the internet addiction disorder in Isfahan's University students. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(6), 793-800. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3214398/#ref33>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90

- Beard, K. W., & Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnosis criteria for internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 4(3), 377-383. doi: 10.1089/109493101300210286
- Block, J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 306–307. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07101556
- Briz-Ponce, L., Pereira, A., Carvalho, L., Juanes-Méndez, J. A., & García-Peñalvo, F. J. (2017). Learning with mobile technologies – Students’ behavior. *Computers in Human Behavior*, 72, 612-620. doi: 10.1016/j.chb.2016.05.027
- Bruno, A., Scimeca, G., Cava, L., Pandolfo, G., Zoccali, R. A., & Muscatello, M. R. (2014). Prevalence of internet addiction in a sample of southern Italian high school students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(6), 708-715. doi: 10.1007/s11469-014-9497-y
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-330). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Caplan, S. E., & High, A. C. (2011). Online social interaction, psychosocial well-being and problematic internet use. In K. S. Young (ed.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 35-53). Hoboken, NJ: Wiley.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., ... Kaess, M. (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1–13. doi: 10.1159/000337971
- Castillo, L. G., & Schwartz, S. J. (2013). Introduction to the special issue on college student mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 69(4), 291-297. doi: 10.1002 / jclp.21972

- Christakis, D. A., & Moreno, M. A. (2009). Trapped in the net: Will internet addiction become a 21st-century epidemic?. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(10), 959-960. doi:10.1001/archpediatrics.2009.162
- Costa, R. M., & Patrão, I. (2016). As relações amorosas e a internet: Dentro e fora da rede. In I. Patrão, & D. Sampaio (coord.), *Dependências online: O poder das tecnologias* (pp. 117-131). Lisboa: Pactor.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187-195. doi: 10.1016/S0747-5632(00)00041-8
- Day, V., McGrath, P. J., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 344-351. doi: 10.1016/j.brat.2013.03.003
- Dhir, A. Chen, S., & Nieminen, M. (2015). A repeat cross-sectional analysis of the psychometric properties of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS) with adolescents from public and private schools. *Computers & Education*, 86, 172–181. doi: 10.1016/j.compedu.2015.03.011
- Dong, G., Lu, Q., Zhou, H., & Zhao, X. (2011). Precursor or sequela: Pathological disorders in people with internet addiction disorder. *PLoS ONE*, 6(2), e14703. doi: 10.1371/journal.pone.0014703
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-95. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/2891/289122889001/>
- Fatehi, F., Monajemi, A., Sadeghi, A., Mojtahedzadeh, R., & Mirzazadeh, A. (2016). Quality of life in medical students with internet addiction. *Acta Medica Iranica*, 54(10), 662-666. Retrieved from <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/5503>
- Flisher, C. (2010). Getting plugged in: An overview of internet addiction. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(10), 557-559. doi:10.1111/j.1440-1754.2010.01879.x
- Francis, P. C., & Horn, A. S. (2017). Mental health issues and counseling services in us higher education: An overview of recent research and recommended practices. *Higher Education Policy*, 30(2), 263-277. doi: 10.1057/s41307-016-0036-2

- Fu, K-A., Chan, W. S., Wong, P. W., & Yip, P. S. (2010). Internet addiction: Prevalence, discriminant validity and correlates among adolescents in Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 486-492. doi: 10.1192/bjp.bp.109.075002
- Griffiths, M. D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/284665745Technological_addictions
- Griffiths, M. D. (2000). Does internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence. *CyberPsychology & Behavior*, 3(2), 211-218. Retrieved from <http://jogoremoto.pt/docs/extra/DPOMNQ.pdf>
- Guerreschi, C. (2005). *New Addictions. Le nuove dipendenze: Internet, lavoro, sesso, cellulare e shopping compulsivo*. Edizioni San Paolo: Milano.
- Ho, R. C., Zhang, M. W., Tsang, T. Y., Toh, A. H., Pan, F., Lu, Y., ... Mak, K.-K. (2014). The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14(1), 183-192. doi:10.1186/1471-244X-14-183
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Sociedade da informação e do conhecimento: Inquérito à utilização de tecnologias da informação e da comunicação pelas famílias 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=281439920&DESTAQUESmodo=2
- Internet Live Stats. (2016). *Internet users*. Retrieved from <http://www.internetlivestats.com/internet-users/>
- Ko, C-H., Yen, J-Y., Chen, C-C., Chen, S-H., & Yen, C-F. (2005). Proposed diagnostic criteria of internet addiction for adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 728-733. doi: 10.1097/01.nmd.0000185891.13719.54
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Karila, L., & Billieux, J. (2014). Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4026-4052. Retrieved from http://www.uclep.be/wp-content/uploads/pdf/Pub/Kuss_CPD_2014.pdf
- Kuss, D. J., & Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 143–176. doi: 10.5498/wjp.v6.i1.143

- Kwon, J. H. (2011). Toward the prevention of adolescent internet addiction. In K. Young & C. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 223-243). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Kwon, J. H., Chung, C. S., & Lee, J. (2009). The effects of escape from self and interpersonal relationship on the pathological use of internet games. *Community Mental Health Journal*, 47(1), 113-121. doi: 10.1007/s10597-009-9236-1
- Lu, H. Y. (2008). Sensation-seeking, internet dependency, and online interpersonal deception. *CyberPsychology & Behavior*, 11(2), 227-231. doi: 10.1089/cpb.2007.0053
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics* (6ª edição). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Melo, A. (2006). *Ansiedade aos exames em contexto universitário* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Morahan-Martin, J., & Schumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological internet use among college students. *Computers in Human Behavior*, 16(1), 13-29. doi: 10.1016/S0747-5632(99)00049-7
- Mullin, A., Dear, B. F., Karin, E., Wootton, B. M., Staples, L. G., Johnston, L., ... & Titov, N. (2015). The uniwellbeing course: A randomised controlled trial of a transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioural therapy (CBT) programme for university students with symptoms of anxiety and depression. *Internet Interventions*, 2(2), 128-136. doi: 10.1016/j.invent.2015.02.002
- Patrão, I. (2016). Comportamentos online em jovens portugueses: Estudo da relação entre o bem-estar e o uso da internet. *Atas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Sociedade Portuguesa da Psicologia da saúde.
- Patrão, I., & Hubert, P. (2016). Os comportamentos e as preferências online dos jovens portugueses: O jogo online e as redes sociais. In I. Patrão, & D. Sampaio (coord.), *Dependência online: O poder das tecnologias* (pp. 97-115). Lisboa: Pactor.
- Patrão, I., Reis, J., Madeira, L., Paulino, M. C. S., Barandas, R., Sampaio, D., ... & Carmenates, S. (2016). Avaliação e intervenção terapêutica na utilização problemática da internet (UPI) em jovens: Revisão da literatura. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7 (1-2), 221-243. Retrieved from <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/3514>

- Pereira, A., Moreira, A., Chaló, P., Sancho, L., Varela, A., & Oliveira, C. (2016). Development Challenges of a Full Integrated App in Higher Education. In L. Briz-Ponce, J. A. JuanesMéndez, & F. J. García-Peñalvo (Eds.), *Handbook of Research on Mobile Devices and Applications in Higher Education Settings* (pp. 117-139). USA: IGI Global.
- Pezoa-Jares, R. E., Espinoza-Luna, I. L., & Vasquez-Medina, J. A (2012). Internet Addiction: A Review. *Journal of Addiction Research & Therapy*, S6, 004. doi:10.4172/2155-6105.S6-004
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2016). A investigação sobre as adições comportamentais e tecnológicas em Portugal: Passado, presente e futuro. *VII Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente*. Retrieved from <http://actas.lis.ulusiada.pt/index.php/cipca/issue/view/7>
- Pontes, H. M., Griffiths, M. D., & Patrão, I. M. (2014). Internet addiction and loneliness among children and adolescents in the education setting: An empirical pilot study. *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de L'educació i de L'esport Blanquerna*, 32(1), 91-99. Retrieved from <http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/viewFile/276726/364656>
- Pontes, H. M., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2015). Clinical psychology of internet addiction: a review of its conceptualization, prevalence, neuronal processes, and implications for treatment. *Neuroscience & Neuroeconomics*, 4, 11-23. doi: 10.2147/NAN.S60982
- Pontes, H. M., Patrão, I. M., & Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114. doi: 10.1556/JBA.3.2014.2.4
- Pordata. (2017). *Indivíduos que utilizam computador e internet em % do total de indivíduos: Por nível de escolaridade mais elevado completo – Portugal*. Retrieved from <http://www.pordata.pt/Portugal/Indiv%C3%ADduos+com+16+e+mais+anos+que+utilizam+computador+e+Internet+em+percentagem+do+total+de+indiv%C3%ADduos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+mais+elevado+completo-1141>
- Prizant-Passal, S., Shechner, T., & Aderka, I. M. (2016). Social anxiety and internet use – a meta-analysis: What do we know? What are we missing?. *Computers in Human Behavior*, 62, 221-229. doi: 10.1016/j.chb.2016.04.003

- Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 78, 30-42. doi: 10.1016/j.brat.2016.01.001
- Reed, P., & Reay, E. (2015). Relationship between levels of problematic internet usage and motivation to study in university students. *Higher Education*, 70(4), 711-723. doi: 10.1007/s10734-015-9862-1
- Rehman, A., Shafi, H., & Rizvi, T. (2016). Internet addiction and psychological well-being among youth of Kashmir. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(3), 6-11. Retrieved from <http://oaji.net/articles/2016/1170-1461355747.pdf>
- Shahnaz, I., & Karim, A. R. (2014). The impact of internet addiction on life satisfaction and life engagement in young adults. *Universal Journal of Psychology*, 2(9), 273-284. doi: 10.13189/ujp.2014.020902
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck, P. E., Khosla, U. M., & McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57(1), 267-272. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00107-X
- Shapira, N., Lessig, M., Goldsmith, T., Szabo, S., Lazoritz, M., Gold, M. & Stein, D. (2003). Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207-216. doi: 10.1002/da.10094
- Shaw, M., & Black, D. W. (2008). Internet addiction: Definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, 22(5), 353-365. doi: 10.2165/00023210-200822050-00001
- Soleymani, M. R., Garivani, A., & Zare-Farashbandi, F. (2016). The effect of the internet addiction on the information-seeking behavior of the postgraduate students. *MateriaSocioMedica*, 28(3), 191–195. doi: 10.5455/msm.2016.28.191-195
- Spada, M. M. (2014). An overview of problematic internet use. *Addictive Behaviors*, 39, 3-6. doi:10.1016/j.addbeh.2013.09.007
- Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2010). A systematic review: Students with mental health problems—a growing problem. *International journal of nursing practice*, 16(1), 1-6. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x

- Surwase, K., Bagdey, P., & Adikane, H. (2016). Cross-sectional study of pattern of internet use in college going students in Nanded city. *International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR)*, 6(11), 17-23. doi: 10.21276/sjams.2017.5.2.17
- Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y., & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, 105(3), 556-564. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02828.x
- Tekinarslan, E. (2017). Relationship between problematic internet use, depression and quality of life levels of turkish university students. *Journal of Education and Training Studies*, 5(3), 167-175. doi: 10.11114/jets.v5i3.2238
- Wallace, P. (2014). Internet addiction disorder and youth. *EMBO reports*, 15(1), 12-16. doi: 10.1002/embr.201338222
- Weinstein, A., Dorani, D., Elhadfi, R., Bukovza, Y., Yarmulnik, A., & Dannon, P. (2015). Internet addiction is associated with social anxiety in young adults. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27(1), 4-9. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Aviv_Weinstein4/publication/269753493_Internet_addiction_is_associated_with_social_anxiety_in_young_adults/links/54953d8d0cf29b9448211eaf.pdf
- Widyanto, L., & Griffiths M. (2007). Internet addiction: does it really exist?. In J. Gackenbach (ed.), *Psychology and the internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp. 141-163). Burlington, MA: Academic Press.
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: A clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *BioMed Research International*, 425924. doi:10.1155/2014/425924
- Wong, T. Y., Yuen, K. S. L., & Li, W. O. (2014). A basic need theory approach to problematic internet use and the mediating effect of psychological distress. *Frontiers in Psychology*, 5, 1562. doi:10.3389/fpsyg.2014.01562
- World Health Organization. (2014). *Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices: meeting report, Main Meeting Hall, Foundation for Promotion of Cancer Research, National Cancer Research Centre, Tokyo, Japan, 27-29 August 2014*. Geneva: World Health Organization.

- Yao, M. Z., & Zhong, Z. J. (2014). Loneliness, social contacts and internet addiction: A cross-lagged panel study. *Computers in Human Behavior*, 30, 164-170. doi: 10.1016/j.chb.2013.08.007
- Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Wu, H. Y., & Yang, M. J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 93-98. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.02.002
- Younes, F., Halawi, G., Jabbour, H., El Osta, N., Karam, L., Hajj, A., & Khabbaz, L. R. (2016). Internet addiction and relationships with insomnia, anxiety, depression, stress and self-esteem in university students: A cross-sectional designed study. *Plos One*, 11(9), e0161126. doi: 10.1371/journal.pone.0161126
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1(3), 237-244. doi: 10.1089/cpb.1998.1.237
- Young, K. S. (1999). The research and controversy surrounding internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 381-383. doi: 10.1089/cpb.1999.2.381
- Young, K. S. (2011). Clinical assessment of internet-addicted clients. In K. Young, & C. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 19–34). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Young, K., Pistner, M., O' Mara, J., & Buchanan, J. (2000). Cyber disorders: The mental health concern for the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 475-479. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/f817/9da7bd567f2e08546fb8b1f454288ba3a863.pdf>
- Young, K. S., Yue, X. D, & Ying, L. (2011). Prevalence estimates and etiologic models of internet addiction. In K. Young, & C. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 03–18). New Jersey: John Wiley & Sons.

Anexos

Anexo 1. Consentimento Informado



Consentimento Informado para Participar em Investigação

O presente estudo insere-se no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro, da aluna Marisa Cristina de Oliveira Almeida Marques, sob orientação científica da Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira. Neste sentido, pretende-se estudar a psicopatologia, a qualidade de vida e o uso da Internet em estudantes de ensino superior.

Estimamos que a resposta ao questionário tenha uma duração de 20 minutos. Garantimos a confidencialidade e o anonimato, sendo os dados usados única e exclusivamente para fins de investigação. A sua participação é de cariz voluntário, podendo desistir do estudo, sem necessidade de justificação, em qualquer momento.

A equipa do projeto agradece a sua disponibilidade e colaboração.

(Marisa Marques)

(Professora Doutora Anabela Pereira)

Declaro que aceito participar de forma voluntária, após ter lido toda a informação apresentada.

☐ Sim

☐ Não

Data: ____/____/____

Para mais informações e/ou esclarecimentos contactar: anabelapereira@ua.pt ou marisa.cristina.marques@ua.pt

Anexo 2. Questionário Sociodemográfico

Idade: _____ **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Feminino **Nacionalidade:** _____

Estado Civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de Facto ☐ Divorciado(a) ☐ Outro: _____

Universidade: _____ **Curso:** _____

Nível de ensino: ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento **Ano de frequência:** ☐ 1º ano ☐ 2º ano ☐ 3º ano ☐ 4º ano

Tem alguma doença física e/ou psicológica? ☐ Sim ☐ Não **Se sim, qual?** _____

Está neste momento a ter acompanhamento psicológico? ☐ Sim ☐ Não

Toma regularmente medicação (medicação prescrita)? ☐ Sim ☐ Não **Se sim, qual?** _____

Alguma vez se automedicou? ☐ Sim ☐ Não **Se sim, para quê?** _____

Aderiu a alguma rede social? Sim ☐ Não ☐ **Se respondeu NÃO, avance para o IAT**

Se sim, selecione qual(ais) e o intervalo de idade com que criou a(s) conta(s):

- | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> 06-11 anos | <input type="checkbox"/> 12-17 anos | <input type="checkbox"/> 18-25 anos | <input type="checkbox"/> 26-40 anos | <input type="checkbox"/> 41-65 anos | <input type="checkbox"/> + de 66 anos |
| <input type="checkbox"/> LinkedIn | <input type="checkbox"/> 06-11 anos | <input type="checkbox"/> 12-17 anos | <input type="checkbox"/> 18-25 anos | <input type="checkbox"/> 26-40 anos | <input type="checkbox"/> 41-65 anos | <input type="checkbox"/> + de 66 anos |
| <input type="checkbox"/> WhatsApp | <input type="checkbox"/> 06-11 anos | <input type="checkbox"/> 12-17 anos | <input type="checkbox"/> 18-25 anos | <input type="checkbox"/> 26-40 anos | <input type="checkbox"/> 41-65 anos | <input type="checkbox"/> + de 66 anos |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> 06-11 anos | <input type="checkbox"/> 12-17 anos | <input type="checkbox"/> 18-25 anos | <input type="checkbox"/> 26-40 anos | <input type="checkbox"/> 41-65 anos | <input type="checkbox"/> + de 66 anos |
| <input type="checkbox"/> Twitter | <input type="checkbox"/> 06-11 anos | <input type="checkbox"/> 12-17 anos | <input type="checkbox"/> 18-25 anos | <input type="checkbox"/> 26-40 anos | <input type="checkbox"/> 41-65 anos | <input type="checkbox"/> + de 66 anos |
| <input type="checkbox"/> Youtube | <input type="checkbox"/> 06-11 anos | <input type="checkbox"/> 12-17 anos | <input type="checkbox"/> 18-25 anos | <input type="checkbox"/> 26-40 anos | <input type="checkbox"/> 41-65 anos | <input type="checkbox"/> + de 66 anos |
| <input type="checkbox"/> Outra(s). Qual(ais)? _____ | | | | <input type="checkbox"/> 06-11 anos | <input type="checkbox"/> 12-17 anos | <input type="checkbox"/> 18-25 anos |
| <input type="checkbox"/> 26-40 anos | | | | <input type="checkbox"/> 41-65 anos | <input type="checkbox"/> + de 66 anos | |

Em média, quanto tempo por dia passa nas redes sociais? _____h_____m

Anexo 3. *Internet Addiction Test* (IAT)

Internet Addiction Test

(Young, 1998; versão portuguesa: Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014)

As perguntas que se seguirão, irão avaliar alguns dos teus hábitos em relação ao uso do computador, mais concretamente da Internet. Por isso, ao responder às perguntas deves ter em consideração **SOMENTE** o tempo que passas online por **MOTIVOS RECREACIONAIS** ou **DIVERSÃO**, e não o tempo gasto na Internet com trabalhos escolares ou laborais.

0	=	Não Aplicável
1	=	Nunca
2	=	Raramente
3	=	Ocasionalmente
4	=	Várias vezes
5	=	Sempre

1. Com que frequência ficas online mais tempo do que pretendias?

0 1 2 3 4 5

2. Com que frequência deixas de fazer as tarefas em casa para poderes ficar mais tempo online?

0 1 2 3 4 5

3. Com que frequência preferes a excitação da Internet à intimidade com o teu(tua) namorado(a)?

0 1 2 3 4 5

4. Com que frequência crias novas relações com outros utilizadores online?

0 1 2 3 4 5

5. Com que frequência as outras pessoas se queixam em relação à quantidade de tempo que passas online?

0 1 2 3 4 5

6. Com que frequência as tuas notas ou trabalhos escolares são prejudicados devido à quantidade de tempo que passas online?

0 1 2 3 4 5

7. Com que frequência verificas o teu e-mail ou sites como o facebook ou twitter antes de fazeres qualquer outra coisa que precisas?

0 1 2 3 4 5

8. Com que frequência o teu desempenho ou produtividade no trabalho são prejudicados por causa da Internet?

0 1 2 3 4 5

9. Com que frequência te tornas defensivo(a) ou guardas segredo quando alguém te pergunta o que estás a fazer online?

0 1 2 3 4 5

10. Com que frequência bloqueias pensamentos perturbadores sobre a tua vida com pensamentos calmantes da Internet?

0 1 2 3 4 5

11. Com que frequência dás por ti a pensar sobre quando irás estar online novamente?

0 1 2 3 4 5

12. Com que frequência receias que a vida sem Internet seria chata, vazia e sem graça?

0 1 2 3 4 5

13. Com que frequência é que explodes, gritas ou ficas irritado(a) quando alguém te incomoda quando estás online?

0 1 2 3 4 5

14. Com que frequência perdes o sono por estares online até tarde durante a noite?

0 1 2 3 4 5

15. Com que frequência te sentes preocupado(a) com a Internet quando estás desconectado ou fantasias estar online?

0 1 2 3 4 5

16. Com que frequência dás por ti a dizer "só mais alguns minutos" quando estás online?

0 1 2 3 4 5

17. Com que frequência tentas reduzir a quantidade de tempo que passas online e não consegues?

0 1 2 3 4 5

18. Com que frequência tentas esconder a quantidade de tempo que passaste online?

0 1 2 3 4 5

19. Com que frequência preferes ficar mais tempo online do que ir sair com outras pessoas?

0 1 2 3 4 5

20. Com que frequência é que te sentes deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando estás desconectado(a) e, deixas de estar assim quando entras online novamente?

0 1 2 3 4 5

Anexo 4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Pinto Gouveia, J., Pereira, A. & Melo, A., 2005)

Pensamentos	Frequência dos Pensamentos					Comportamentos				
	a)	b)	c)	d)	e)	1	2	3	4	5
1. "Não vou conseguir fazer o exame"										
2. "Não me vou conseguir lembrar da matéria"										
3. "O Professor vai achar que não sei nada"										
4. "É melhor desistir"										
5. " Não estudei o suficiente, para a próxima preparo-me melhor para fazer a cadeira"										
6. "Não vou arriscar a ver uma nota vergonhosa na pauta"										
7. "Quando penso que vou falhar isso interfere com a minha concentração"										
8. " Se não conseguir tirar a nota que desejo sinto-me fraco e incompetente"										
9. " Tenho confiança em mim e nas minhas capacidades intelectuais"										
10. "Penso que o melhor é não esperar muito do exame pois assim não me irei desiludir com a nota final"										
11. "Acho que os meus colegas são mais inteligentes que eu"										
12. "Os outros esperam que eu obtenha bons resultados"										
13. "Sinto-me capaz de atingir os meus objectivos"										
14. "Se não estou muito bem preparado para o exame, prefiro não o fazer"										
15. "As pessoas irão questionar a minha capacidade intelectual se obter uma nota baixa"										
16. "Após ter realizado um exame digo a mim próprio "Acabou e eu fiz o melhor que podia"										
17. "Durante o estudo e o exame penso que se estudei obterei bons resultados"										
18. "Quanto mais estudo para um exame mais confuso fico"										
19. "Nunca me sinto preparado para fazer um exame"										
20. "Se obtiver má nota isso significa que não sou tão inteligente quanto aquilo que eu pensava"										
21. "Os meus resultados estão directamente relacionados com o meu futuro profissional e social"										
22. "Sinto-me recompensado pelo esforço que dispensei no meu estudo"										
23. "Espero que os outros não percebam o quanto estou nervoso"										

Anexo 6. WHOQOL-Bref

WHOQOL-Bref

(WHOQOL Group, 1994; versão portuguesa: Canavarro et al., 2006).

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 7. Teste Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, médias das ordens para os sintomas psicopatológicos mediante os diferentes usos da internet

BSI	Grupos IAT		
	Não dependente (n=99)	Dependente suave (n=149)	Dependente moderado (n=54)
	Média de ordem	Média de ordem	Média de ordem
Somatização	127.43	155.59	184.33
Obsessões-compulsões	109.12	164.99	191.98
Sensibilidade interpessoal	114.84	157.99	200.81
Depressão	108.64	160.26	205.90
Ansiedade	114.26	159.44	197.87
Hostilidade	112.41	161.53	195.49
Ansiedade fóbica	116.05	158.86	196.19
Ideação paranóide	115.15	158.48	198.89
Psicoticismo	107.49	162.14	202.81
Índice geral de sintomas	105.31	162.22	206.58
Total de sintomas positivos	100.03	158.53	197.80
Índice de sintomas positivos	134.22	151.70	182.64

BSI	Grupos IAT	
	Não dependente	Dependente suave
	Média de ordem	Média de ordem
Somatização	110.14	134.04
Obsessões-compulsões	96.38	143.18
Sensibilidade interpessoal	102.33	139.23
Depressão	98.12	142.03
Ansiedade	101.39	139.85
Hostilidade	99.44	141.15
Ansiedade fóbica	102.85	138.88
Ideação paranóide	102.27	139.27
Psicoticismo	95.99	143.44
Índice geral de sintomas	94.79	144.24
Total de sintomas positivos	89.18	139.98
Índice de sintomas positivos	115.65	130.38

BSI	Grupos IAT	
	Dependente suave	Dependente moderado
	Média de ordem	Média de ordem
Somatização	96.55	117.03
Obsessões-compulsões	96.81	116.33
Sensibilidade interpessoal	93.76	124.74
Depressão	93.23	126.19
Ansiedade	94.59	122.45
Hostilidade	95.38	120.26
Ansiedade fóbica	94.98	121.38
Ideação paranóide	94.21	123.50
Psicoticismo	93.70	124.90
Índice geral de sintomas	92.99	126.87
Total de sintomas positivos	91.55	122.69
Índice de sintomas positivos	96.32	117.69

BSI	Grupos IAT	
	Não dependente	Dependente moderado
	Média de ordem	Média de ordem
Somatização	67.29	94.81
Obsessões-compulsões	62.74	103.15
Sensibilidade interpessoal	62.51	103.56
Depressão	60.52	107.21
Ansiedade	62.86	102.92
Hostilidade	62.96	102.73
Ansiedade fóbica	63.19	102.31
Ideação paranóide	62.88	102.89
Psicoticismo	61.50	105.42
Índice geral de sintomas	60.52	107.21
Total de sintomas positivos	58.35	102.61
Índice de sintomas positivos	68.57	92.45

Anexo 8. Teste Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, médias das ordens para os níveis de ansiedade aos exames mediante os diferentes usos da internet

ECCAE	Grupos IAT		
	Não dependente n=80	Dependente suave n=120	Dependente moderado n=45
	Média de ordem	Média de ordem	Média de ordem
Pensamentos	90.59	131.02	159.23
Comportamentos	94.63	128.77	158.07

ECCAE	Grupos IAT	Média de ordem
Pensamentos	Não dependente	80.38
	Dependente suave	113.91
	Não dependente	50.71
	Dependente moderado	84.86
Comportamentos	Dependente suave	77.61
	Dependente moderado	97.38
	Não dependente	83.67
	Dependente suave	111.72
	Não dependente	51.46
	Dependente moderado	83.52
	Dependente suave	77.55
	Dependente moderado	97.54

Anexo 9. Teste Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, médias das ordens para os níveis de qualidade de vida mediante os diferentes usos da internet

WHOQOL-Bref	Grupos IAT		
	Não dependente (n=99)	Dependente suave (n=149)	Dependente moderado (n=54)
	Média de ordem	Média de ordem	Média de ordem
Qualidade de vida geral e percepção geral de saúde	171.86	145.55	130.58
Relações sociais	176.41	148.45	114.24
Psicológico	187.35	141.74	112.69
Físico	179.13	148.32	109.62
Ambiente	178.42	148.77	109.68

WHOQOL-Bref	Grupos IAT	
	Não dependente	Dependente suave
	Média de ordem	Média de ordem
Qualidade de vida geral e percepção geral de saúde	137.26	116.02
Relações sociais	138.49	115.20
Psicológico	147.48	109.23
Físico	140.49	113.87
Ambiente	139.97	114.22

WHOQOL-Bref	Grupos IAT	
	Não dependente	Dependente moderado
	Média de ordem	Média de ordem
Qualidade de vida geral e percepção geral de saúde	84.60	63.06
Relações sociais	87.91	56.99
Psicológico	89.87	53.41
Físico	88.63	55.68
Ambiente	88.44	56.02

WHOQOL-Bref	Grupos IAT	
	Dependente suave	Dependente moderado
	Média de ordem	Média de ordem
Qualidade de vida percepção geral de saúde e	104.53	95.02
Relações sociais	108.25	84.75
Psicológico	107.51	86.79
Físico	109.45	81.44
Ambiente	109.55	81.16